青海省中医院中医住院（全科）医师规范化培训招录考试报名表

（ 2019年度）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | | |  | | | **性 别** |  | | **民 族** | |  | | **籍 贯** |  | **近期免冠照片**  **（小2寸，电子版）** | | |
| **政 治**  **面 貌** | | |  | | | **入党/团时间** |  | | **民主党派** | | | |  | |
| **出生年月** | | | | |  | | | | **身份证号码** | | | |  | |
| **参加工作时间** | | | | |  | | | | **健康状况** | | | |  | |
| **工作单位** | | | | |  | | | | **现职称** | | |  | | **现职务** | |  | |
| **通讯地址** | | | | |  | | | | | | | **手机号码** | |  | | | |
| **学**  **历** | | **第一学历** | | | |  | | **毕业院校及专业** | |  | | | | **毕业时间** | |  | |
| **最高学历** | | | |  | | **毕业院校及专业** | |  | | | | **毕业时间** | |  | |
| **报考培训基地名称** | | | | | |  | | | | **报考专业名称** | | | |  | | | |
| **主要学习经历** | | **年月日至年月日** | | | | | **学校及专业** | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **主要工作经历** | | **年月日至年月日** | | | | | **工作单位及职务** | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **所在**  **单位**  **审核**  **意见** | | | **签 名： 盖 章： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **上级**  **主管**  **部门**  **审核**  **意见** | | | **签 名： 盖 章： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **基地**  **审核**  **意见** | | | **签 名： 盖 章： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |
| **省卫**  **健委**  **审核**  **意见** | | | **签 名： 盖 章： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | |

**注：应、往届医学生（社会人）不填所在单位和上级主管部门意见。**